

**DOCUMENTO DE INFORMACION DEL NINO
ESTADO DE MICHIGAN**
Department of Human Services
Office of Children and Adult Licensing

Fecha de Admisión		Alergias					
Fecha de Descarga							
Nombre del Niño (Apellido, Primero, Initial)				Dirección (Número y Calle, Número de Apartamento/Edificio)			
Fecha de Nacimiento del Niño		Teléfono del Hogar ()		Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre del Padre/Tutor Legal			Teléfono del Hogar	Nombre de la Madre/Tutor Legal			Teléfono del Hogar
Dirección del Hogar (si no es la dirección del niño)			Teléfono Celular	Dirección del Hogar (si no es la dirección del niño)			Teléfono Celular
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad		Estado	Código Postal
Empleador/Nombre de la Escuela				Empleador/Nombre de la Escuela			
Dirección (Empleador/Escuela)				Dirección (Empleador/Escuela)			
Ciudad		Estado	Código Postal	Ciudad		Estado	Código Postal
Número de Teléfono Empleador/Escuela ()		Horas de Trabajo Diario/Escuela		Número de Teléfono Empleador/Escuela ()		Horas de Trabajo Diario/Escuela	
Nombre(s) de la Persona con excepción del Padre o el Tutor Legal a quienes el niño puede ser libertado							

Yo doy me permiso _____, licenciado por el Department of Human Services
 (Nombre de Cuidador)
 para asegurar la emergencia médica y/o el tratamiento quirúrgico de emergencia para el niño menor nombrado arriba mientras
 que se está cuidando.

Firma del Padre o Tutor

Fecha de Firma

Nombre del Médico del Niño o Clínica de Salud

Número de Teléfono del Médico o Clínica de Salud
 ()

Dirección del Médico del Niño o de la Clínica de Salud

Nombre del Portador del Seguro Médico

Hospital Preferido para el Tratamiento de Emergencia

Nombre del Política del Seguro Médico

Necesidades Especiales:

Fecha del Último Tiro de DTaP (Difteria, tétanos, pertussis)

Nombre de la Persona Local para Notificar en una Emergencia Cuando Padres no Están Disponibles.

Dirección Local del Persona de Emergencia.

Número de Teléfono de Casa/Celular
 ()

Número de Teléfono del Trabajo
 ()

Ciudad, Estado

Código Postal

Instrucciones Especiales:

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo el Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

AUTORIDAD: Acta 116 de P.A. 1973
 TERMINACION: Requerido
 PENALIDAD: Citación de Violación de Regla.